

## ***Dal concetto di “consenso informato” a quello di “consenso condiviso”\****

*\* Avv. Natale Callipari*

Sicuramente oggi possiamo affermare che la relazione tra medico e paziente si inserisce in un contesto culturale del tutto diverso rispetto a qualche decennio fa. Nella moderna società il cittadino conosce, infatti, gli enormi successi e progressi della medicina, che ha raggiunto un grande livello scientifico-tecnico. La medicina contemporanea, infatti, rende possibili e plausibili molteplici iniziative diagnostiche e cure terapeutiche di diversa invasività e rischiosità che esigono la ponderazione di una molteplicità di elementi valutativi che non sempre sono di esclusiva competenza medica, ma che implicano necessariamente il coinvolgimento del paziente.

Sotto questo profilo si assiste ad una maggiore partecipazione del paziente alla cura medica, ciò soprattutto grazie alle varie fonti di informazione a cui può accedere il cittadino. Si pensi all'incidenza di *internet* nella ricerca delle informazioni in materia sanitaria che ha permesso ai pazienti di apprendere ed approfondire la propria conoscenza sulle tematiche di salute, malattie e possibili trattamenti terapeutici. Sulla base di una ricerca condotta a livello europeo da una società indipendente di analisi di mercato (“Datamonitor”), è emerso che i cittadini europei hanno cercato informazioni relative alla salute, oltre che attraverso i tradizionali mezzi quali ad esempio le riviste scientifiche, attraverso fonti di informazione *online*, permettendo così agli stessi di aumentare la consapevolezza sulla propria condizione di salute e

sulle possibili cure esistenti. Certamente il ricorso al *web* ha permesso ai cittadini di svolgere un ruolo sempre più attivo nel rapporto clinico, ma è opportuno altresì evidenziare come ancora oggi l'utilizzo di *Internet* non può dirsi soddisfacente ai fini di un'adeguata informazione, posto che molto spesso le notizie presenti *online* sono ancora inaffidabili ed incomplete. Seppure inadeguato nella qualità dei contenuti offerti, il *web* è riuscito, pur tuttavia, ad incrementare il dialogo tra il medico e il paziente.

In questo nuovo contesto socio-culturale il medico necessariamente deve prendere coscienza del nuovo ruolo dell'assistito, assumendo un approccio che coinvolga quest'ultimo nel processo decisionale in ordine alle cure terapeutiche. Si assiste, infatti, ad un ripensamento del rapporto medico-paziente, ove ha un valore fondamentale la persona del paziente e la sua libertà di scelta in ordine alla propria salute, libertà che si esprime attraverso il consenso dato dal paziente stesso dopo essere stato adeguatamente informato.

Ed invero, fino ad oggi, i medici hanno recepito la problematica del consenso in termini riduttivi, nel senso che hanno considerato il consenso informato come un fastidioso obbligo informativo che esulerebbe dalla propria attività medica, non cogliendo, invece, la reale natura e portata dell'istituto del consenso svuotandolo del suo significato, non solo giuridico, ma anche etico.

Il consenso da parte del paziente, infatti, non deve rappresentare una mera formalità "burocratica" tramite un'affrettata apposizione di una firma su un modulo prestampato. Sul punto, va sottolineato come la prassi di far sottoscrivere al paziente un generico formulario precompilato abbia svuotato di ogni significato il concetto di "consenso informato", vissuto come una imposizione esterna dalla quale difendersi,

posto che il semplice modulo viene utilizzato dai professionisti per precostituirsi una prova scritta da esibire in una eventuale causa intentata avanti l'autorità giudiziaria da parte di pazienti, oggi sempre più insoddisfatti del rapporto che si è venuto ad instaurare con la classe medica. L'atteggiamento assunto dai medici, infatti, ha condotto alla c.d. "medicina difensiva", orientata ad una prassi poco incline al rispetto della dignità della persona.

Al fine di uscire da questa *empasse* è necessario ricostituire un sereno rapporto fiduciario tra medico e paziente e, per raggiungere questo obiettivo, sicuramente appare necessario un mutamento di atteggiamento da parte dei medici, che non devono più sentire il consenso come un obbligo estraneo, bensì come un processo di partecipazione.

Non momento in cui il consenso informato viene assunto come partecipazione attiva del paziente a scelte importanti, tra alternative terapeutiche possibili, che ricadono sulla sua aspettativa e qualità di vita, l'informazione da parte del medico non deve più essere avvertita come uno strumento volto ad ottenere un semplice "assenso" del paziente, ma deve assurgere a "presupposto" di una relazione effettiva, nella quale il medico coinvolga il paziente. Si osservi, infatti, come l'informazione in sé e per sé non comporta necessariamente la partecipazione attiva del paziente, in quanto il messaggio verbale unidirezionale tra medico e paziente può essere non compreso da quest'ultimo. E' importante, invece, che il medico renda possibile una reale partecipazione del paziente e ciò può avvenire attraverso non una semplice "informazione", ma una "comunicazione" che permetta uno scambio bidirezionale tra medico e paziente. In tal modo l'informazione si inserisce in un dimensione comunicativa, nell'ambito della quale viene preso in considerazione il vissuto della

singola persona e soprattutto la sua esperienza soggettiva, posto che il medico si relaziona ogni volta con il singolo individuo con la sua unicità e complessità. Nella relazione terapeutica, infatti, il paziente vive un'esperienza che influisce nel suo modo di percepire la malattia e che nella maggior parte dei casi sconvolge la propria vita.

Deve essere pertanto superata l'idea che l'informazione contenga in sé la comunicazione. L'informazione innesca un complesso processo che coinvolge la relazione almeno tra due soggetti, ossia medico e paziente, e che non può essere compiutamente realizzata se non è sostenuta dall'ascolto e soprattutto dalla comunicazione bidirezionale con il paziente. La comunicazione, dunque, esprime un processo di costruzione collettiva e condivisa della cura terapeutica, o meglio un processo di consapevolezza orientato a costruire e a dare un significato all'informazione e comporta, inoltre, un diverso livello partecipativo orientato verso la realizzazione di una umanizzazione del rapporto tra medico e paziente.

Di qui sarebbe più corretto parlare non tanto di "consenso informato", quanto piuttosto di "consenso comunicato" perché solo in tale modo si potrà ottenere una partecipazione attiva del paziente alla decisione medica, partecipazione che deve essere costruita lungo tutto l'arco di tempo della cura e dunque della relazione medico-paziente. Non va invero sottaciuto il fatto come spesso il corso della malattia possa cambiare la percezione che il paziente ha del proprio vissuto e così come la malattia stessa possa evolversi nel tempo. La relazione terapeutica deve essere, pertanto, continua: il dialogo tra medico e paziente deve essere non solo effettivo ma anche continuo.

Il consenso è, infatti, un processo che esso stesso si modifica nel tempo: il paziente, sulla base di ulteriori informazioni o del proprio vissuto della malattia, può cambiare idea.

Le informazioni cliniche devono, pertanto, diventare un momento della comunicazione e per far ciò le informazioni di per sé non sono sufficienti, perché una cosa è riferire nozioni al paziente, magari procurandogli incertezze e paure, altra cosa è giungere ad un rapporto comunicativo, ove assumono un ruolo fondamentale l'ascolto e il dialogo con il paziente.

Sicuramente per ottenere un consenso consapevole e partecipato, è necessario che esso sia preceduto da un attento ascolto da parte del medico e da un effettivo dialogo con il paziente. Il consenso deve essere, dunque, non solo informato ma anche condiviso.

Oggi il paziente ha bisogno di condivisione più che di semplice informazione, nel senso che egli sente sempre più l'esigenza che la decisione sulla cura sia adottata insieme al medico, attraverso un rapporto dialogico.

Consenso informato-condiviso significa, dunque, che il paziente esprime la propria volontà di sottoporsi o meno ad una determinata terapia soltanto a seguito di un dialogo con il medico che lo abbia informato sulla diagnosi, sulle conseguenze, sui rischi e sulle scelte terapeutiche alternative.

Nel momento in cui si giunge ad una determinazione del trattamento terapeutico attraverso la condivisione, si può senz'altro affermare che il paziente manifesta in modo consapevole il proprio assenso o dissenso al trattamento stesso.

In tal modo si assiste ad una condivisione delle conseguenze e dei rischi della scelta clinica, per la quale è necessario che il medico coinvolga il paziente per renderlo

partecipe nelle scelte e si assicuri che quest'ultimo comprenda ciò che gli viene riferito.

Tanto ciò è vero che lo stesso *Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB)*, in un parere del 1992, ha precisato che, in caso di malattie importanti e di procedimenti diagnostici e terapeutici prolungati, il rapporto medico-paziente non può essere limitato ad un unico, fugace incontro. Il medico deve possedere sufficienti doti di psicologia, tali da consentirgli di comprendere la personalità del paziente e la sua situazione ambientale, per regolare su queste basi il proprio comportamento nel fornire le informazioni, evitando esasperate precisazioni di dati (percentuali esatte, oltretutto difficilmente definibili, di complicanze, di mortalità, insuccessi funzionali) che interessano gli aspetti scientifici del trattamento. In ogni caso, il paziente dovrà essere posto in condizione di esercitare a pieno i suoi diritti dando vita ad un compiuto e reale processo volitivo rispetto ai rischi ed alle alternative che gli vengono proposte.

Tutte le considerazioni svolte in queste brevi pagine, lascerebbero tuttavia insoddisfatti laddove non si procedesse a una constatazione davvero elementare. La declamazione a gran voce della “condivisione” del trattamento sanitario rimane un esercizio meramente retorico se non si provvede a fornire al medico una preparazione specifica in tema di comunicazione con il paziente.

Per essere chiari, nelle facoltà italiane di medicina non è presente alcun insegnamento volto alla preparazione del futuro medico circa le modalità di approccio e di relazione con il paziente. Ai giovani studenti e laureandi non viene insegnato come gestire il rapporto con il malato e ciò rappresenta una lacuna oggi non più accettabile. E' importante, infatti, insistere sulla necessità di introdurre un

insegnamento sistematico del metodo di comunicazione, facendo sì che il medico abbia appreso già nel corso degli studi universitari come parlare al paziente e come ascoltarlo. Nel rapporto con il paziente, del resto, assumono un ruolo importantissimo non solo gli aspetti oggettivi e strettamente clinici, ma anche quelli soggettivi ed emotivi dell'assistito. Il medico deve saper tenere nella giusta considerazione anche il vissuto del singolo paziente che a lui si rivolge.

E' fondamentale, in sintesi, che il mondo clinico percepisca la necessità impellente di una condivisione del trattamento sanitario con il paziente., attraverso la creazione di un sistema più evoluto che implica la conoscenza e la partecipazione dei medici. Questo risultato, giova ribadirlo, può esser raggiunto in gran parte attraverso l'introduzione di metodi formativi adeguati nei corsi universitari e di specializzazione, in modo tale che un corretto approccio comunicativo con il paziente divenga parte integrante e non secondaria del bagaglio culturale e professionale dei medici di oggi.